ÉLÉPHANTIASIS

DU FOURREAU DE LA VERGE ET DU SCROTUM

PAR

LE Dr VOILLEMIER

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, CHIRURGIEN DES HOPITAUX
ETC, ETC.

PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1873

ÉLÉPHANTIASIS

DU

FOURREAU DE LA VERGE ET DU SCROTUM

Jules Joubert, âgé de 29 ans, menuisier, né à Colombin (Loire-Inférieure), a été reçu à l'Hôtel-Dieu, dans les salles de mon excellent ami M. le Dr Fauvel, le 12 juin 1868. — Le 19 du même mois, on le fit passer dans mon service, salle Saint-Côme.

Il raconte qu'il a quitté l'endroit où il est né à l'âge de six ans, et qu'il est resté dans sa famille, à Ploërmel (Morbihan), jusqu'à l'âge de 17 ans. A cette époque, il partit pour se perfectionner dans sa profession et commença son tour de France. Il n'a jamais été à l'étranger. — Sa maladie, assure-t-il, a commencé quand il avait 22 ans. Elle se montra à l'union du scrotum avec la verge dont elle envahit peu à peu le fourreau. Chaque année, au printemps et à l'automne,

il remarqua que ses parties étaient prises d'une inflammation se traduisant par de la rougeur, de la chaleur, des démangeaisons non douloureuses, une éruption de boutons extrêmement petits et un état fébrile dans les premiers jours. Cette sorte de poussée durait environ une quinzaine de jours. Pendant ce temps, le gonflement des parties augmentait visiblement; ensuite il restait stationnaire jusqu'à l'apparition d'une nouvelle poussée.

Joubert assure qu'il n'a jamais eu de rapports avec les femmes. Il avoue seulement s'être beaucoup adonné à la masturbation et, dans un temps, jusqu'à deux ou trois fois par jour. Du reste, il est fort difficile d'obtenir quelques renseignements précis sur ce sujet.

État du malade au moment de son entrée à l'Hôtel-Dieu. — Joubert a une santé assez bonne. Il est maigre, d'une constitution lymphatique, mais assez vigoureux pour bien faire son état de menuisier. Dans sa première jeunesse, il était assez gai; mais il est devenu triste, et se montre très-affecté depuis qu'il a vu ses parties génitales augmenter de jour en jour, et former une tumeur si gênante pour son travail, qu'il est obligé de la porter dans un sac muni de bretelles. Dans cet état il trouve l'existence impossible, et il est venu à l'hôpital tout prêt à subir telle opération qu'on voudra lui pratiquer.

Joubert, en effet, a les parties génitales énormes : au premier aspect, l'augmentation de volume semble ne porter que sur le pénis; mais, quand celui-ci est

relevé, on voit qu'il se confond avec les bourses qui sont aussi beaucoup plus grosses qu'à l'ordinaire. Le tout forme une tumeur cylindroïde, légèrement étranglée supérieurement, où elle présente une sorte de pédicule très-épais s'attachant au pubis. Quand le malade est debout, cette tumeur descend au-dessous des genoux, au niveau de l'épine des tibias. Au bout de quelques instants de station, elle descend encore un peu plus bas, et devient un peu plus grosse. Si on la mesure, dans cet état, avec un ruban et en suivant le plan médian de symétrie du corps, on trouve que son périmètre longitudinal, depuis la symphyse du pubis jusqu'à la marge de l'anus, est de 110 centimètres. Son pédicule a 34 centimètres de circonférence; sa partie la plus large qui répond à son tiers supérieur, a 50 centimètres; au niveau du méat préputial qui sera décrit plus loin, elle a encore 40 centimètres de tour.

Quand le malade est couché, la tumeur est d'un rouge assez vif; elle prend une coloration plus foncée pendant la station. Sa surface est légèrement inégale. Dans sa moitié supérieure, elle présente de légers enfoncements où s'insèrent de petits groupes de poils qui appartiennent au pubis dont la peau a été attirée en bas par le poids des parties. Lorsqu'on appuie fortement les doigts sur la tumeur, ont produit des dépressions comme si on agissait sur des tissus affectés d'œdème dur. Dans ces points, la peau devient d'un blanc mat, mais elle reprend bientôt sa surface unie et sa coloration habituelle. La sensibilité

est un peu obtuse, mais elle existe partout. Le scrotum, notablement augmenté de volume, est un peu aplati d'avant en arrière; il a conservé sa coloration brune. Le prépuce est bizarrement contourné, comme on l'observe dans les cas d'œdème considérable de la verge. Il présente plusieurs sillons assez profonds provenant du renversement des bords du prépuce en dedans, le frein et la muqueuse préputiale n'ayant point subi le même allongement que la peau. Son ouverture n'est plus à l'extrémité de la verge, mais placée de côté et un peu remontée. Pour la trouver, il faut écarter les plis de peau qui la recouvrent. On peut introduire l'index tout entier dans cet orifice sans rencontrer le gland; on n'arrive jusqu'à lui qu'avec une sonde; mais dès qu'on le touche, le malade s'en aperçoit parfaitement.

La verge ne peut être sentie à travers les parois de la tumeur. Il en est de même pour les testicules; mais une pression assez forte exercée sur le scrotum éveille une douleur toute particulière qui permet de reconnaître la place occupée par ces organes.

Le malade affirme qu'il a quelquefois des érections, ou plutôt qu'il sent la verge se gonfler dans sa tumeur, sous l'excitation d'idées érotiques; il éprouve même de véritables pertes séminales, mais le sperme reste dans le long tuyau formé par la muqueuse et la peau du prépuce et ne s'écoule que lentement. Alors le malade s'en débarrasse au moyen d'une petite curette de bois qu'il a fabriquée lui-même et dont il se sert

habituellement pour enlever les amas de matière sébacée qui se forment sous le prépuce.

Dans cet état de choses, une opération était indispensable. Le malade la désirait; je la pratiquai le 2 juillet 1868.

Joubert, ayant été préalablement chloroformé, est couché en travers sur la table d'amphithéâtre, comme s'il allait subir une taille périnéale. Un aide est chargé de surveiller l'action du chloroforme et d'en donner au besoin. Deux autres aides, debout sur les côtés, appuient contre leur poitrine les membres inférieurs du malade, écartés et à demi fléchis. Un dernier aide, placé au côté droit de la tumeur, la soutient, avec ses deux mains largement ouvertes, dans une direction horizontale.

Debout, en face du malade, j'introduis sous le prépuce une sonde cannelée longue de 20 centimètres et creusée d'une large gouttière. Après l'avoir enfoncée jusqu'au point que je crois occupé par le gland, j'en saisis le pavillon entre le pouce et l'index de la main gauche, tandis qu'avec la main droite je prends un petit couteau à amputation que je fais glisser dans la sonde jusqu'à son cul-de-sac. Puis, abaissant en même temps son pavillon et le manche du couteau, je traverse la partie dorsale de la tumeur que je fends jusqu'à son extrémité antérieure.

Cette large plaie laisse voir dans son fond le gland qui est beaucoup plus petit que d'ordinaire et présente une forme conique toute particulière.

Je remplace le couteau par un fort bistouri et je

fais, au niveau du gland, une incision transversale de 10 centimètres intéressant toute l'épaisseur de la peau. Portant ensuite l'instrument vers l'aine gauche du malade, je pratique une autre incision qui, partant de l'anneau inguinal, passe par l'extrémité de l'incision transversale, descend sur la face latérale du scrotum et s'arrête sur le raphé à 2 centimètres au devant de l'anus. J'agis de même sur le côté droit de la tumeur dont le pédicule se trouve ainsi circonscrit entre l'incision transversale pratiquée sur le dos de la verge et les incisions latérales irrégulièrement courbes à convexité interne, et qui viennent se rejoindre au devant de l'anus.

Alors, saisissant le gland avec la main gauche, je relève la verge que je dissèque en dessous jusqu'à l'aponévrose moyenne du périnée, ayant grand soin de ne blesser ni l'urèthre, ni le bulbe. Puis je découvre sur les côtés, et au sortir du canal inguinal, les cordons qui me servent de guide pour arriver jusqu'aux testicules que je trouve renfermés dans leur tunique vaginale, distendue par une assez grande quantité de liquide. Je ne les sépare pas des tissus voisins, mais je les renverse en dehors, les laissant accolés à la face interne des lambeaux latéraux dont j'achève la dissection.

La tumeur, isolée de tous les côtés, est comme suspendue au périnée par son pédicule, et il suffit de quelques coups de bistouri pour l'en détacher complétement. Il reste alors une large plaie bornée en haut par la verge unie au lambeau supérieur, sur les

côtés par les testicules accolés aux lambeaux latéraux, et inférieurement par l'anus.

Trois petites artères qui donnent du sang en jet ont été liées; la plaie est abstergée avec soin; il n'y a plus qu'à opérer la réunion des parties divisées. Je commence par disséquer le lambeau pubien, sur les côtés seulement, de manière que ces bords devenus libres soient ramenés au-dessous de la verge pour lui former un nouveau fourreau; mais celle-ci ne se trouve encore pourvue de peau que dans ses deux tiers antérieurs. Le bulbe et une partie de l'urèthre sont à nu. J'applique sur eux les lambeaux latéraux que je réunis par leur partie moyenne et je complète ainsi le fourreau de la verge.

Treize points de suture sont nécessaires pour opérer la réunion de la plaie : un premier point fixe à la base du gland, le bord antérieur du lambeau pubien ; quatre sont placés sous la verge, deux dans chacune des aines et quatre seulement sur la ligne médiane du nouveau scrotum. Un hiatus de 2 centimètres est laissé au devant de l'anus pour l'écoulement des liquides.

Défalcation faite du temps nécessaire pour endormir le malade, l'opération tout entière a duré trente minutes.

La pièce anatomique n'a été examinée que le lendemain. Malgré l'énorme quantité de liquide mélangé de sang qui s'était écoulé pendant l'opération, les linges épais dans lesquels on l'avait enveloppée sont entièrement mouillés.

La tumeur pèse encore 3 kilogrammes 100 grammes. Elle est constituée dans toute sa masse, aussi bien aux bourses qu'au fourreau de la verge, par un tissu fibreux, grisâtre, assez mou en apparence, mais doué d'une élasticité et d'une ténacité très-remarquables. Par la pression de ce tissu, on n'obtient plus qu'un peu de liquide louche qui ne se coagule point par la chaleur. En examinant la tumeur avec quelque soin, on se rend très-bien compte de la disposition singulière du prépuce, qui a été notée plus haut. La déviation de son orifice sur le côté droit et les plis cutanés qui le dissimulaient étaient dus uniquement à la résistance de la muqueuse et du frein qui, ne se laissant pas distendre, avaient amené le renversement de la peau en dedans.

L'opération terminée, le malade est reporté dans son lit, et placé sur le dos. Des compresses fines imbibées d'eau fraîche sont appliquées sur les parties malades, pour tout pansement.

Dans la journée, il s'est encore écoulé beaucoup de liquide par la partie inférieure de la plaie. Le soir, il y a eu un léger mouvement de fièvre. Cependant le malade a bien dormi. Le lendemain et les jours suivants, le malade se trouve parfaitement bien ; il mange trois portions.

Le 5, la suppuration est franchement établie, mais le pus est peu épais, parce qu'il est mélangé à la sérosité qui s'écoule encore de la plaie en petite quantité.

Le 9, les sutures commencent à couper les tissus dans quelques points et on les enlève.

Le 10, au-dessous de la verge et au devant du périnée, les bords de la plaie sont un peu écartés, mais non désunis. Les couches profondes de la peau sont solidement soudées et l'écartement n'existe que sur la couche la plus superficielle, de telle sorte que les lèvres de la plaie se confondent insensiblement avec son fond. Il n'y a pas un véritable sillon, mais plutôt une surface un peu déprimée couverte de bourgeons charnus. — Les compresses humides sont remplacées par de légers plumasseaux de charpie enduits de cérat.

La cicatrisation marchait régulièrement lorsque, le 14 au matin, je trouvai le malade abattu et couvert d'une sueur abondante. Deux heures auparavant il avait eu un frisson violent. Le pouls était à 120. Je craignis d'abord une résorption purulente ou tout au moins la formation d'un abcès ; mais en examinant le malade avec soin, il me sembla qu'il s'agissait plutôt d'un accès de fièvre intermittente. Je fus confirmé dans cette opinion en apprenant que Joubert avait eu, il y a trois ou quatre ans, *des fièvres qu'on lui avait coupées*. — Le sulfate de quinine fut administré à la dose de 60 centigrammes par jour. — Il y eut encore deux accès, le 23 et le 31 juillet, mais assez insignifiants. Ce sont les seuls accidents qui se présentèrent.

Le 13 août, la cicatrisation était complète. Le

lambeau supérieur, qui formait à la base du gland une saillie ayant toute l'épaisseur de la peau, est cicatrisé, mais il existe encore un bourrelet assez marqué. Le malade quitte l'Hôtel-Dieu pour aller à la maison de convalescence de Vincennes.

En sortant de cet asile, Joubert partit pour la province, où il reprit sa profession. De temps en temps il m'écrivait pour me dire qu'il allait parfaitement, mais qu'il était gêné dans ses fonctions génitales, avec certaines femmes, par la présence de quelques poils sur le fourreau de la verge.

Le 11 janvier 1871, Joubert est revenu dans mon service pour être traité d'un abcès froid qu'il portait au devant du grand pectoral droit et d'une affection syphilitique caractérisée par un chancre à gauche de la base du gland et des plaques muqueuses. Il sortit guéri de ses deux maladies le 19 avril.

La dernière fois que j'ai vu le malade, avril 1873, la guérison ne s'était pas démentie. La peau de la verge est très-mobile ; elle se termine en biseau vers la base du gland comme chez les individus complétement circoncis. Le scrotum est souple, mais très-petit, ayant juste la capacité nécessaire pour contenir les testicules. Évidemment les lambeaux latéraux ont subi une assez grande rétraction. Il en a été de même pour le lambeau supérieur ; aussi la verge paraît plus petite que d'ordinaire, hors les moments d'érection.

—

L'état de nos connaissances sur l'éléphantiasis des parties génitales a été parfaitement exposé dans deux remarquables mémoires publiés, il y a quelques années, par MM. H. Larrey (*Mémoires de la Société de chir.* vol. IV) et Bergeron (*Thèse de Paris*, 1845). Aussi ne me suis-je proposé, en publiant l'observation précédente, que d'ajouter un fait nouveau à ceux déjà connus, en l'accompagnant de courtes réflexions sur la conduite que j'ai cru devoir suivre.

Dans la plupart des observations d'éléphantiasis des parties génitales, on voit que la maladie affecte presque exclusivement le scrotum. Quelquefois la peau de la verge est intéressée, mais souvent aussi elle est intacte et se trouve seulement tirée en arrière, comme dans certaines hydrocèles très-volumineuses. Dans le cas que j'ai rapporté, c'est le contraire qui s'est présenté. L'éléphantiasis a gagné le scrotum, mais il avait commencé par la peau de la verge qui est devenue le principal siége de la maladie. Aussi le procédé opératoire que j'allais avoir à appliquer, tout en se rapprochant de ceux employés par Larrey, Delpech, Clot-Bey, Mohamed-Ali-Bey, devait-il en différer sur plus d'un point.

En lisant avec soin les nombreuses relations des opérations d'éléphantiasis éparses dans nos recueils scientifiques, et surtout celle de Delpech, la plus complète de toutes, qui à servi de modèle à la plupart des chirurgiens, j'avais été frappé de l'abus qu'on avait fait des larges dissections pour obtenir des lambeaux capables de recouvrir les organes mis à nu par l'abla-

tion de la tumeur scrotale ; et cet abus m'avait semblé être la principale cause de la gangrène qui avait été si souvent observée. Si cet accident est assez fréquent dans les autoplasties ordinaires, il est bien plus à craindre ici, car la maladie n'atteint pas seulement le tissu cellulaire sous-cutané, comme l'ont écrit quelques auteurs; elle affecte encore la peau elle-même et dans toute son épaisseur. Les tissus pourvus de veines plutôt que de vaisseaux artériels, gorgés d'une quantité considérable de liquide, ne jouissant que d'une vitalité obtuse sont très-disposés à se mortifier. Il résulte de là qu'il faut dénuder les organes le moins possible, ne donner aux lambeaux que l'étendue strictement nécessaire et surtout laisser à ceux-ci une épaisseur qui, bien qu'elle paraisse un peu exagérée dans le premier moment, disparaîtra rapidement avec le dégorgement des tissus.

Et je ne pouvais approuver la conduite de Delpech qui, sans même s'être assuré de la longueur de la verge, commence par disséquer un large lambeau supérieur qu'il rabat sur le ventre. Pourquoi séparer de la face dorsale de la verge un lambeau qui doit y être réappliqué quelques instants après ? aussi le tiers de ce lambeau se gangrène dès le deuxième jour, un abcès se forme dans la peau du pubis et la verge est à nu (*Chirurgie clinique de Montpellier*, 1828, pag. 22 et 24). — Le même accident arrive à Clot-Bey (*Mémoires de la Soc. de Chir.* ; Paris, vol. IV, 2me obs., pag. 537. — 3me obs., pag., 541. — 4me obs., 543.)

Bien plus, Delpech n'avait-il pas eu la prétention d'avoir un lambeau pubien assez long pour constituer à la verge un prépuce? Y fût-il parvenu, que ce prépuce de nouvelle formation, dépourvu de muqueuse et de point d'appui, se serait comporté comme tout lambeau de peau. Il se serait rétracté et aurait formé à la base du gland un bourrelet volumineux et très-incommode. Mais, comme je viens de le dire, ce lambeau se sphacéla.

Pour éviter cet accident, je commençai par diviser la tumeur depuis l'orifice du prépuce jusqu'au gland qui me fournit un point de repère certain et me permit de donner au lambeau supérieur la longueur strictement nécessaire pour recouvrir la verge. On comprend qu'agissant sur des tissus malades et ne sachant au juste jusqu'où s'étendait leur altération, je devais en prendre le moins possible. Une incision transversale faite au niveau de la base du gland et les deux incisions latérales circonscrivirent le lambeau pubien; mais il ne fut pas décollé. Je le disséquai seulement sur les côtés afin de le rabattre sous la verge, et je le laissai adhérent par toute sa portion moyenne à la face dorsale de cet organe. Ces adhérences, la largeur de la base et son épaisseur suffisaient pour exclure toute chance de gangrène.

Cette épaisseur présenta, dans les premiers jours, un inconvénient assez grand, en ce que la peau formait à la base du gland un relief taillé à pic ayant près de 1 centimètre de hauteur. Il n'y avait pas à s'en

préoccuper. Certainement ce relief devait s'effacer par suite de la rétraction des tissus. Je craignais bien plutôt que cette rétraction portée trop loin ne laissât une partie de la verge à découvert, et je crus devoir fixer le lambeau à la base du gland par un point de suture.

Le lecteur a pu voir que je n'avais pas été trompé dans mon attente. Il n'y eut aucun point de gangrène ; la verge resta couverte jusqu'au gland, et son fourreau conserva la mobilité nécessaire à l'érection.

Les mêmes précautions furent prises pour tailler les lambeaux latéraux. Je ne leur donnai que la grandeur indispensable pour envelopper les testicules et recouvrir le périnée. Aussi plusieurs des confrères qui assistaient à l'opération me témoignèrent quelque crainte au sujet du peu d'ampleur de ces lambeaux. Mais, d'abord, j'avais à cœur d'enlever le plus possible du scrotum qui était déjà malade, et, de plus, je comptais sur un dégorgement qui, en diminuant l'épaisseur des tissus, devait les rendre plus mobiles et plus extensibles.

Quant aux cordons, après les avoir découverts au niveau des canaux inguinaux, je me bornai à les suivre jusqu'aux testicules et je les laissai, ainsi que ces derniers, adhérents à la face interne des lambeaux latéraux. Je sais bien qu'on ne peut toujours agir ainsi; que dans quelques cas de tumeurs très-volumineuses

du scrotum, ils ont acquis une si grande longueur et les testicules sont descendus si bas, qu'il serait impossible de les laisser en place ; mais au lieu de les isoler complétement et de les rabattre sur le ventre avant de les renfermer dans leur nouveau scrotum, ne pourrait-on pas se contenter de les décoller inférieurement pour les refouler et les remonter à la hauteur des lambeaux ?

Chez mon malade, le volume du scrotum était peu considérable, les cordons n'étaient que médiocrement allongés, les testicules étaient sains, et j'ai profité de toutes ces circonstances favorables. Les tuniques vaginales étaient épaissies et contenaient 60 grammes de liquide environ ; mais je ne crus pas nécessaire d'en exciser une partie, pas même de les ouvrir, espérant avec raison que l'inflammation suppurative qui devait nécessairement se développer autour d'elles, amènerait la résorption du liquide épanché.

Presque tous les chirurgiens, et surtout Titley (*Diseases of the genitals of the male*, 1829), ont insisté avec raison sur la nécessité de ne pas réunir complétement les lambeaux et de laisser à la partie inférieure de la plaie un hiatus pour servir à l'écoulement des liquides. C'est la conduite que j'ai suivie. C'est pour avoir négligé cette précaution, que Delpech a vu, chez son opéré, plusieurs collections purulentes se former sous les lambeaux.

Et cet accident a eu des conséquences beaucoup plus graves qu'il ne le dit. Son malade mourut trois

mois après l'opération d'un abcès du foie. Bien que Delpech attribue cette fin malheureuse à des excès, tout lecteur attentif verra, dans ce cas, une résorption purulente à laquelle le malade avait d'abord résisté, mais qui avait laissé le germe de l'abcès qui a produit la mort.

J'ajouterai encore quelques mots sur les chances de récidive. Il est de règle générale, en chirurgie, de n'entreprendre l'extirpation d'une tumeur qu'autant qu'on croit pouvoir l'enlever tout entière. Cette règle est juste quand il s'agit d'une affection maligne comme le cancer ; mais, contrairement aux doutes de quelques chirurgiens, il n'existe aucune similitude entre cette maladie et l'éléphantiasis. Sans doute, des parties frappées d'éléphantiasis depuis longtemps peuvent présenter des ulcérations dont les caractères rappellent ceux du cancer ; j'accorderai même que ces parties peuvent devenir, à la rigueur, le siége d'une altération cancéreuse ; mais, pour tout chirurgien de bonne foi, le cancer et l'éléphantiasis sont deux maladies essentiellement différentes. On ne peut donc les rapprocher, même de loin, au point de vue de la récidive.

Si j'insiste sur ce sujet, c'est que beaucoup de praticiens semblent attacher une trop grande importance à l'état de la peau qui doit fournir les lambeaux. Sans doute, il faut autant que possible choisir une peau saine ; mais, quand elle est déjà envahie par la maladie, ce n'est pas une raison suffisante pour s'abstenir d'opérer.

Les vues théoriques doivent, ici, être mises de côté ; les faits seuls sont à consulter. Or il est facile de constater que, dans la grande majorité des cas, il n'y a pas eu de récidive. Dans ceux où elle s'est produite, elle ne s'est pas présentée à l'endroit même où l'opération avait eu lieu, mais sur d'autres points. Les individus étant restés dans les mêmes conditions de vie et de climat ont été repris d'éléphantiasis, mais il n'y avait pas eu, à proprement parler, de récidive.

Ainsi que je l'ai déjà fait observer, dans les cas d'éléphantiasis volumineux du *scrotum*, il n'est pas rare de pouvoir emprunter des lambeaux à la peau relativement saine du pubis et des aines, qui a été déplacée par le poids considérable de la tumeur. Mais, chez Joubert, les lambeaux latéraux, et surtout le lambeau supérieur, étaient envahis par la maladie, et pourtant la récidive n'a pas eu lieu. — Que se passe-t-il donc ? C'est que cette inflammation étrange, et procédant par poussées, qui engendrait si rapidement des éléments fibreux, se trouve tout à coup modifiée et déviée dans sa marche par une inflammation aiguë et de nouvelle nature, résultant de l'opération. Sans qu'il soit possible d'expliquer ce phénomène, il est évident que le mode de vitalité des parties est complétement changé, et qu'à un travail de prolifération des tissus fibreux a succédé un nouveau travail d'absorption.

Certes, si jamais on devait craindre une récidive,

c'était bien chez mon malade, quand il fut pris, le 14e jour après l'opération, d'accès de fièvre intermittente présentant une certaine analogie avec les accès fébriles qui avaient accompagné chaque poussée de la tumeur. Lorsqu'il revint plus tard dans mon service pour être traité d'un chancre et de plaques muqueuses, on pouvait redouter que cette inflammation locale, même en dehors de sa spécificité, ne réveillât l'ancien travail éléphantiasique. Cependant la guérison ne s'est jamais démentie.

Je serai très-réservé dans les conséquences à tirer de cette observation ; mais je crois pouvoir recommander les règles suivantes :

1° Il faut opérer le plus tôt possible les éléphantiasis des parties génitales. (Je rapporterai à l'appui de cette opinion une observation recueillie par M. le Dr Constantin Paul, interne dans mon service en 1857, et aujourd'hui mon collègue dans les hôpitaux.)

2° L'état morbide de la peau qui doit fournir les lambeaux n'est pas une contre-indication de l'opération.

3° On ne doit donner aux lambeaux que l'ampleur strictement nécessaire pour recouvrir les organes mis à nu et le périnée.

4° Il faut laisser le lambeau pubien adhérent à la face dorsale de la verge, afin de prévenir la gangrène. Quand cela est possible, il est utile de laisser les testicules accolés aux lambeaux latéraux. —

C'est le meilleur moyen de diminuer les chances de gangrène.

5° C'est une faute de vouloir conserver l'ancien prépuce ou en faire un nouveau avec le lambeau pubien. Cet organe est de trop peu d'importance.

6° Il est de toute nécessité de laisser au devant de l'anus un hiatus pour l'écoulement de la sérosité du sang et du pus.

7° La récidive de la maladie est peu à craindre.

ÉLÉPHANTIASIS

DU

PRÉPUCE ET DU FOURREAU DE LA VERGE

(OBSERVATION RECUEILLIE PAR M. LE Dr PAUL DANS MON SERVICE EN 1857

Schmidt, âgé de 25 ans, raboteur de métaux, entre à l'hôpital Lariboisière le 17 août 1857 (salle Saint-Honoré, n° 8). Ce garçon, qui est d'une bonne santé générale, n'a été malade qu'une fois ; c'était en 1849, où il fit une chute sur le genou. Il entra à l'hôpital de la Pitié pour s'y faire traiter, et, pendant son séjour, M. Laugier, lui trouvant le prépuce trop étroit, lui fit l'opération du phimosis.

Il s'est marié au commencement de l'année 1856 n'ayant jamais vu de femmes. Un mois après son mariage, sa femme devint enceinte et accoucha d'un enfant qui vivait au moment où le malade a été observé. Six mois après son mariage, le malade a été étonné de voir son gland enfler pendant une huitaine de jours, et, pendant six mois, ce gonflement de la verge se reproduisit presque tous les mois.

Au mois de février 1857, un nouveau gonflement est survenu ; comme les précédents, il a occupé surtout le gland et le prépuce ; mais, cette fois, il n'a pas disparu. Cette augmentation de volume de la verge a eu pour effet de le gêner considérablement dans son travail ; il s'est traité chez lui sans succès avec des cataplasmes et des bains de guimauve et, en fin de compte, il est venu réclamer les secours de la chirurgie.

A son entrée à l'hôpital, le 17 août 1857, on constate que c'est un homme de bonne stature, ayant tous les attributs de la santé. Les fonctions de nutrition, comme celles de relation, sont régulières. Il déclare en outre s'être toujours bien porté et n'avoir jamais connu rien d'analogue dans sa famille.

L'altération ne porte que sur l'extrémité de la verge : les testicules et les canaux déférents sont sains.

La verge a une longueur de 12 centimètres; le gland est volumineux et rouge, sa surface n'est pas régulière : on y voit des inégalités formées par des mamelons peu saillants. La muqueuse est rouge, mais sa coloration n'est pas uniforme : elle est plus pâle en certains endroits que dans d'autres.

L'altération porte surtout sur l'extrémité du gland, dans le voisinage du méat. Le méat urinaire est très-étroit, il ne peut laisser passer qu'une bougie excessivement fine ; il donne issue à un léger écoulement muco-purulent. La couronne du gland est moins altérée, elle est entourée par une cicatrice qui part de la partie moyenne et supérieure et qui résulte d'une opération de phimosis faite huit ans auparavant.

La partie du prépuce qui reste est le siége d'une hypertrophie considérable, et le frein, qui est atteint de la même manière, a

acquis un volume qui égale celui du gland, et reste pendant au-dessous de ce dernier.

Cette hypertrophie du prépuce et d'une partie du fourreau donne à la verge la forme d'une poire dont la grosse extrémité est tournée en bas. La peau est peu rouge, elle a conservé la trace d'un raphé médian qui se prolonge jusqu'aux bourses. La peau est rugueuse, elle paraît surtout énormément épaissie. Elle donne au toucher une sensation élastique qui rappelle celle d'un sein bien conformé. Cette hypertrophie se prolonge sur les côtés, occupant, au niveau du gland, la moitié du pourtour de la verge; mais elle diminue de largeur en allant vers la racine de l'organe, et cesse environ à 4 centimètres en arrière du frein. Le tissu malade forme donc une sorte de pyramide couchée en arrière, le long de l'urèthre, et ayant sa base au gland et son sommet dirigé vers le scrotum. Ce n'est qu'en arrière de cette saillie qu'on peut sentir l'urèthre à travers la peau.

La miction est facile, mais elle ne se fait que par un jet extrêmement fin. Les érections n'ont pas cessé; elles reviennent tous les deux ou trois jours, mais elles ne sont suivies d'aucune éjaculation; ces érections sont douloureuses. Le malade déclare s'être abstenu depuis plusieurs mois de tout rapport sexuel.

Le diagnostic est : éléphantiasis du prépuce et du fourreau de la verge. L'ablation des tissus hypertrophiés est décidée. Le 2 septembre, M. Voillemier procède à l'opération.

Il fait d'abord, en arrière du gland, une incision circulaire dans la largeur de la partie atteinte; puis des bords de cette incision en partent deux autres en V qui vont se rejoindre derrière la tumeur. (Le malade a été préalablement endormi au chloroforme; et une sonde a été placée dans le canal.) On disséque alors la

partie malade, laissant le canal de l'urèthre et les corps caverneux recouverts d'une couche de tissu conjonctif. Sur les côtés de l'incision, la peau est bien encore un peu malade, mais on ne peut en enlever davantage sans craindre de ne pouvoir plus réunir les deux lambeaux. On fait ensuite la suture par quatre épingles pour l'affrontement longitudinal, et deux pour l'affrontement transversal. Il ne reste qu'un petit pertuis à l'angle de réunion. Le gland n'a pas été atteint par l'opération.

Pansement par un linge imbibé d'eau fraîche ; on laisse la sonde dans le canal.

Le soir, pas de fièvre ; on donne une portion.

Dans la nuit, il y a une érection douloureuse non suivie d'éjaculation.

2e *jour* après l'opération. — La verge et le gland sont un peu gonflés ; le malade ôte sa bougie pour uriner. Peu de fièvre, chaleur de la peau modérée, 84 pulsations ; on donne une portion.

3e *jour*. — Les bords de la plaie se sont gonflés ; on est forcé de retirer les épingles.

4e *jour*. — Il ne s'est pas fait de réunion par première intention ; les bords de la plaie n'étant plus maintenus se sont écartés, et la plaie est aussi grande que la perte de substance qu'on a fait subir à la verge.

5e *jour*. — L'inflammation des bords de la plaie a cessé ; on quitte les cataplasmes pour faire un pansement au cérat.

6e *jour*. — Le malade a eu des érections toutes les nuits ; la nuit dernière, l'érection a été encore plus active que de coutume ; l'écartement des bords de la plaie est plus grand et il suinte un peu de sang.

12e *jour*. — Le travail de cicatrisation commence, la plaie diminue d'étendue, et ses bords marqués d'une ligne rouge entrent en voie de réparation.

28e *jour*. — Malgré les érections qui ont continué à se produire toutes les nuits depuis l'opération, la cicatrisation est à peu près complète. Le malade quitte l'hôpital presque complétement guéri.

Schmidt, revu deux ans après son opération, n'avait pas éprouvé de récidive.

Ainsi, dans les deux cas d'éléphantiasis que je viens de rapporter, les seuls que j'ai rencontrés, il n'y a pas eu de récidive.

EXPLICATION DES PLANCHES

PLANCHE Ire

ÉLÉPHANTIASIS DU FOURREAU DE LA VERGE ET DU SCROTUM

A. — Collet de la tumeur. — La peau qui le recouvre appartenant au pubis, était couverte de poils qui ont été rasés pour le moulage.

C. — Orifice du prépuce caché sous les plis de la peau qui est renversée en dedans.

D. — Petite tumeur formée par une partie du prépuce.

E. — Tumeur plus grosse appartenant également au prépuce.

F. — Dépression donnant insertion à des poils.

PLANCHE II

Fig. Ire. Cette figure représente la vergé relevée.

A. — Cicatrice à l'union du fourreau de la verge avec le gland. — La peau ne forme aucun relief.

B. — A partir de ce point la peau est très-mobile sur toute la verge.

C. — Cicatrice de réunion du lambeau dorsal. — Cette cicatrice est linéaire.

D. — Cicatrice de réunion de la base du lambeau dorsal avec la partie supérieure d'un des lambeaux latéraux.

E. — Dans ce point, la cicatrice est plus large.

F. — Cicatrice de réunion des deux lambeaux latéraux. — La cicatrice est linéaire.

G. — Nouveau scrotum.

Fig. 2e. Cette figure représente la verge abaissée.

H. — Partie supérieure de la cicatrice vue sur la fig. Ire en D.

I. — Aspect fusiforme de la verge.

J. — Cicatrice très-étroite unissant la peau au gland,

PARIS. — IMP. SIMON RAÇON ET COMP., RUE D'ERFURTH, 1.